



SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO TELEFONICO EN CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA EN RED

Autores: Lic. Analía Coronel, Lic. Daiana Franco, Dr Diego Cerrudo, Lic. Rodrigo Herrera

RESUMEN

La evolución del concepto, y la consolidación de las tecnologías de información y comunicación (TICs) han tenido un avance y desarrollo extraordinario en las últimas décadas y han impactado en casi todos los campos del conocimiento y los diferentes planos de la vida de los individuos. La comunicación telefónica, cualquiera sea su soporte (celular, domiciliario, vía internet, etc.) sigue siendo una herramienta útil en el seguimiento de pacientes, para proveer conocimiento adecuado al individuo para el autocuidado y así reducir la ocurrencia de complicaciones tras el alta y mejorar su recuperación y calidad de vida. En algunos casos resulta ser fundamental. Es larga la bibliografía que trata la temática y que llama a la reflexión permanente sobre los acomodamientos que se van realizando de manera constante en los diferentes ámbitos disciplinarios.

Se incorporan al campo de la *Cirugía de Corta Estancia (CCE) en Red* procesos y pacientes con mínimo nivel de complejidad y sin comorbilidad. Una de las grandes barreras a estas incorporaciones es el control, seguimiento y registro domiciliario del periodo postoperatorio. En el contexto de la CCE en Red, es esencial el control y seguimiento telefónico domiciliario del paciente y el poder valorar su evolución clínica hasta el alta definitiva, o al menos hasta el periodo libre de complicaciones.

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los casos la llamada telefónica se realizará a las 24 Y 48 horas de la intervención. El seguimiento telefónico iniciado por el equipo de salud se considera una forma adecuada de intercambio de información, proporción de asesoramiento y alerta sanitaria, registro de los síntomas, reconocimiento de las complicaciones de forma temprana y proporción de asesoramiento para los pacientes después del alta.

La recuperación postquirúrgica del paciente continúa en su domicilio, por lo que tanto él como sus cuidadores deben sentirse seguros y saber qué hacer en cualquier momento. El control y registro de lo que sucede en el domicilio del paciente es necesario para sentar las bases de la calidad ofertada por el Programa de CCE en Red y para lograr una mejora continua, tanto asistencial como gestora. La calidad y la continuidad asistencial van íntimamente unidas, por lo que deberían establecerse criterios de valoración específicos y uniformes para la fase domiciliaria.



Finalmente se realiza y registra en una encuesta, el grado de satisfacción de los usuarios.

Para el seguimiento del paciente, las llamadas telefónicas seriadas o en otros tipos de control postoperatorio, debería estar protocolizado el seguimiento de las pautas analgésicas, antieméticas, higiénicas, etc. Consideramos que es necesario que el paciente permanezca vinculado al Programa CCE en Red, para lograr una continuidad asistencial real en el hospital de origen, hasta la completa desaparición de los principales síntomas postoperatorios, consiguiendo de esta forma una mejora continua.

Una herramienta relativamente sencilla que se utiliza para obtener datos asistenciales domiciliarios es la llamada telefónica estandarizada realizada por el Centro de Comunicación Inteligente (CCI), con posibilidad de prolongarla en el tiempo según el proceso y el paciente.

Otro beneficio es la creación de vínculo entre el equipo de salud y los pacientes, lo que puede propiciar mayor confianza en los profesionales y sentimiento de seguridad antes preocupaciones y dudas.

OBJETIVOS

Reforzar las orientaciones del alta, con estrategias de acompañamiento practicada por el equipo de salud vía teléfono como apoyo valioso para los pacientes. Orientando en el manejo de síntomas, dando informaciones, identificando previas señales de complicaciones, además de la clarificación de dudas y preocupaciones.

El principal objetivo de este tipo de intervención es aumentar la adhesión a los cuidados post-alta y facilitar la transición entre el hospital y el regreso para casa. Eso disminuye el estrés y aumenta el conocimiento de los pacientes para lidiar con los síntomas, lo que resulta en un aumento de la confianza en la relación paciente-equipo de salud y de calidad del servicio tras el alta hospitalario.

Revisar los resultados obtenidos en las llamadas telefónicas estandarizadas domiciliarias, durante un periodo de quince días desde el CCI, mediante una encuesta protocolizada se asigna una puntuación (score telefónico) que informa de la evolución de los pacientes. Analizar las causas de una puntuación baja en esta escala. Asimismo, se pretende evaluar la relación entre el score telefónico y la incapacidad postoperatoria según la intervención.

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio *retrospectivo y descriptivo* de las llamadas telefónicas domiciliarias efectuadas por el Centro de Comunicación Inteligente, recogidas durante el segundo semestre del año 2016.

Se utilizara la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 9 MC). Para la gestión de la información se utilizara el modelo de postoperatorio domiciliario basado en patrones de respuesta estimada tras CCE.



La variable Ambulatory Surgery Incapacity (ASI) se define como el nivel de incapacidad postoperatoria como consecuencia de la intervención quirúrgica estimada antes de la intervención. Se conocen tres patrones o niveles de ASI altamente predictivos (Tabla I). Las especialidades quirúrgicas a contemplar en el estudio son las propias de la cartera de servicios del Programa CCE en Red y aplican al ASI 2.

Cada uno de los pacientes será llamado por CCI las veces estipuladas, dependiendo del grado del score arrojado del paciente. El personal de CCI tiene un horario ininterrumpido de 7:00 a 22:00 horas y el control telefónico se ha incorporado como una labor específica.

Este control telefónico se realizará de forma simultánea a la recogida de los datos visualizando la historia clínica digital del paciente. De este modo es posible detectar la evolución clínica y en caso de que los parámetros evolutivos del procedimiento no estén dentro de la normalidad, el personal del CCI dará indicaciones de acudir rápidamente al hospital de origen.

En cada llamada el paciente o acompañante contestará a preguntas sobre 7 parámetros básicos (estado general, grado de dolor, tolerancia oral, sangrado, cumplimiento del tratamiento, fiebre y estado de la zona operada) (Tabla II). Las respuestas son cuantificadas por medio de una escala, de forma que el resultado del cuestionario es un valor numérico (score telefónico), que permite un registro informático de la información (Tabla III). La coordinación de Gestión de Pacientes ha acordado que sea 3 el límite de llamadas no contestadas asumibles por el personal CCI. Si a la tercera llamada el paciente no contesta, se le deja un mensaje en el contestador para que se ponga en contacto con el CCI.

Enmarcados en el procedimiento ASI 2, el CCI realizará 3 llamadas a las 24, 48 y 72 horas de 1 a 2 llamadas dependiendo del tipo de paciente y el score arrojado.

TABLA I

PATRONES O NIVELES DE ASI

ASI 1. El paciente es capaz de realizar las actividades básicas diarias en casa (higiene y nutrición) sin necesidad de ayuda. No es necesario cuidador después del alta. No necesita analgesia o solo paracetamol o similar. Intervenciones tipo son las de oftalmología (cirugía de cataratas), cirugía ortopédica menor (síndrome de túnel carpiano, dedo en resorte, etc).

ASI 2. El paciente es incapaz de realizar las actividades básicas diarias habituales en casa. Tiene un nivel medio de dolor y necesita una combinación de AINES y paracetamol o similar como tratamiento analgésico. Intervenciones como las herniorrafias inguinales simples, umbilicales, lesiones de partes blandas como grandes lipomas, histeroscopias quirúrgicas o similares, artroscopias de rodilla (meniscopatías), hidroelectomías e intervenciones similares.



ASI 3. Dificultad para la movilidad debido a la existencia de un nivel moderado de dolor. Imposibilidad de realizar las tareas básicas de higiene y nutrición sin ayuda durante tres o cuatro días. El paciente requiere una combinación de analgésicos opioides, AINES y paracetamol o similar y/o infiltración con anestésicos locales de larga duración o dispositivos con infusores de anestésicos o analgésicos. Intervenciones tipo son las de cirugía ortopédica mayor (pie, mano y hombro), laparoscopias ginecológicas o de cirugía general, herniorrafias bilaterales, proctología agresiva como hemorroidectomía (grados III-IV).

TABLA II
DE SEGUIMIENTO

| VARIABLES DEL CONTROL TELEFONICO REALIZADO POR EL CCI | | |
|---|----|--|
| ESTADO GENERAL E.G: estado del paciente en el momento de la llamada | 2 | Tranquilo. Plena satisfacción de su bienestar. Ritmo urinario normal. Sueño normal |
| | 1 | Preocupado por su estado. No muy satisfecho. Cefalea leve. Ha dormido poco pero suficiente. Ritmo de diuresis normal. |
| | 0 | Ansiedad moderada. Mareado o inquieto. Cefalea intensa. Nada satisfecho. No ha podido descansar. Le cuesta orinar/no tiene ritmo urinario habitual. Estreñido o con diarrea. |
| | -8 | Disnea, estupor o palidez con sensación de gravedad. No ha podido dormir. No ha orinado y tiene sensación de malestar intenso por globo vesical. |
| DOLOR D: Intensidad del dolor en el momento de la llamada | 2 | Sin dolor o dolor leve, tanto en reposo como en movimiento. |
| | 1 | Dolor aceptable que no impide ni el movimiento ni dormir. |
| | 0 | Dolor moderado, aceptable en reposo, pero importante en el movimiento, altera ritmo de sueño. |
| | -8 | Dolor intenso, incluso en reposo con el tratamiento analgésico correctamente administrado, acompañado por |



| | | |
|---|----|--|
| | | palidez, sudoración. Bradicardia o taquicardia, hipo-hipertensión. |
| TOLERANCIA T: Normalidad de la dieta que realiza el paciente. | 2 | Sin restricciones en la dieta. |
| | 1 | La dieta viene determinada por la cirugía. |
| | 0 | Malestar, náuseas o vómitos, tras un período prudencial de dieta absoluta. |
| | -8 | Vómitos incoercibles incluso después de una dieta absoluta. No es posible la rehidratación oral. |
| SANGRADO S: Intensidad del sangrado durante el postoperatorio. | 2 | No hay sangrado. |
| | 1 | Ha manchado levemente la gasa/apósito |
| | 0 | Ha manchado toda la gasa/apósito |
| | -8 | La herida sangra de forma copiosa, empapa y desborda el apósito. |
| FIEBRE | 0 | Temperatura corporal inferior a 38° C. |
| | -8 | Temperatura corporal superior a 38° C. |
| ANOMALIA HERIDA | 0 | Normalidad en la herida. |
| | -8 | Cambios en la coloración de la herida, apertura de los puntos o presencia de cualquier cambio que parezca que precisa asistencia médica inmediata. |
| CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO | 0 | Cumplimiento del tratamiento y de las dietas. |
| | -2 | Incumplimiento del tratamiento o de las medidas higiénicas. |

TABLA III

PUNTUACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE DIFERENTES VALORES DEL SCORE TELEFÓNICO

- 8-4: evolución dentro de los parámetros normales.
- 3-0: es necesaria una nueva llamada en una hora hasta detectar la mejoría del paciente.
- Negativo: el paciente necesita asistencia en el domicilio tiene que desplazarse al hospital de origen.



RESULTADOS

El Programa CCE en Red efectuó las primeras cirugías el día 7 de noviembre de 2016.

La fecha de cohorte tomada es 10 de julio de 2017. En total, se realizaron 70 intervenciones quirúrgicas.

El Centro de Comunicación Inteligente comenzó los **Controles y Seguimientos Telefónicos de 24 y 48 hs** posteriores a la cirugía, con la finalidad de garantizar la continuidad de los cuidados post- quirúrgico, intercambio de información, proporcionar asesoramiento, manejar los síntomas, reconocer las complicaciones de forma temprana, proporcionar confianza y facilitar un servicio de asistencia posthospitalaria de calidad.

CONTROLES Y SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS – TABLA IV

| Pacientes | Cantidad | Porcentaje |
|------------------------------|----------|------------|
| Con Seguimiento realizado | 62 | 88,6 % |
| Con Complicaciones médicas | 3 | 4,3 % |
| Con Seguimiento No realizado | 5 | 7,1 % |
| Total | 70 | 100 % |

Se obtuvo en la totalidad de las encuestas de seguimiento, cincuenta y ocho pacientes con un score con parámetros normales; tres pacientes sufrieron complicaciones, y no fueron contactados, ya que al día siguiente debían asistir a la consulta con el profesional por consultorio externo. Y finalmente, cinco pacientes que por diversos motivos, ajenos a la organización, no fue posible hacer efectiva la comunicación.

Es necesario advertir que a mediados del Programa, la productividad del proceso se vio influenciada por diferentes factores en sus variadas expresiones, licencia estival de los profesionales, remodelación del servicio de cirugía (7-21 de abril), y cambios políticos en los hospitales de la red.

LOS PACIENTES QUE PARTICIPARON DEL PROGRAMA TIENEN LA SIGUIENTE GEORREFERENCIACIÓN – TABLA V

| Hospital de la red | Cantidad de pacientes |
|--------------------|-----------------------|
|--------------------|-----------------------|



| | |
|---|----|
| Hospital Isidoro Iriarte de Quilmes | 40 |
| Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela | 5 |
| Hospital Evita Pueblo de Berazategui | 11 |
| Hospital Arturo Oñativia de Alte. Brown | 14 |

La revisión sistemática monitoreó signos y síntomas relacionados con el alta transitoria de los pacientes. El 77,2 por ciento de los pacientes entrevistados manifestaron que los controles y seguimientos telefónicos post operatorio le han sido útiles para resolver incertidumbres e inseguridades que surgieron sobre sus cuidados. Otro beneficio que reveló el estudio fue la creación de un vínculo de confianza con el equipo de salud.

La investigación mostró que el seguimiento telefónico proporcionó confianza y facilitó un servicio de asistencia posthospitalaria de calidad. Algunos relevamientos evidenciaron que el seguimiento telefónico es factible y que los pacientes aprecian estas llamadas.

Transcurrido 60 días de la realización de la cirugía, se efectuaron **las Encuestas de Satisfacción**.

El estudio basado en las encuestas realizadas a los pacientes arroja altos índices de satisfacción respecto de su inclusión y participación en el Programa CCE en Red.

Cabe destacar que el 88,6 por ciento de los pacientes entrevistados recomendaría la participación en el esquema a un amigo o familiar que se encontrase en las mismas circunstancias, manifestando su satisfacción por la atención brindada.

Además, la absoluta mayoría manifestó agradecimiento profundo en general, destacando la contención percibida por el Seguimiento Telefónico post-quirúrgico.

CONSIDERACIONES FINALES

Tras analizar los sesenta y dos estudios de la muestra, es posible resumir el uso del teléfono como estrategia de acompañamiento post-alta con objeto de dar seguimiento y evaluar el estado del paciente, discutir las preocupaciones y ofrecer ayuda para enfrentarlas, monitorear síntomas físicos.

Se pudo identificar que el seguimiento telefónico de pacientes y la intervención del grupo control del equipo de salud redujo la búsqueda por servicios de salud, ayudó en el control de los efectos adversos como la incertidumbre ante cierta sintomatología, reforzó informaciones que fueron ofrecidas en el momento del alta, sanó las dudas derivadas de la experiencia del cuidado domiciliario, redujo las inquietudes, temores y ansiedades en los pacientes y sus familiares.

Otra cuestión importante tratada en el estudio de la muestra es la relación entre el acompañamiento telefónico y la disminución de la búsqueda por recursos de salud. Aunque resultados significantes no hayan sido encontrados, los pacientes del grupo de intervención utilizaron menos recursos en el período postoperatorio,



reduciendo el número de readmisiones en el hospital o en los hospitales de la red y, consecuentemente, produciendo economía para el sector de salud.

Se consideró importante realizar el presente estudio para determinar los efectos benéficos del acompañamiento telefónico en esta modalidad de Cirugía de Corta Estancia en Red. Con la reducción del período de *internación*, el tiempo para el fortalecimiento de las orientaciones para el alta ha sido diminuto y, así, el seguimiento telefónico resulta una herramienta útil para que el equipo de salud pueda actuar en este período de transición, con el fin de proporcionar mejora de la calidad de vida en salud y satisfacción de los pacientes y de sus familiares.



Referencias

- Fredericks S, Guruge S, Sidani S, Wan T. Postoperative Patient Education: A Systematic Review. [Revisão]. Clin Nurs Res. [Internet]. 2010. [acceso 10 nov 2012]; 19(2):144-64. Disponible em: <http://cnr.sagepub.com/content/19/2/144>
- D Lambert S, Girgis A, Turner J, McElduff P, Kayser K, Vallentine P. A pilot randomized controlled trial of the feasibility of a self-directed coping skills intervention for couples facing prostate cancer: Rationale and design. Health Qual Life Outcomes. [Internet]. 2012. [acceso 5 jan 2013]; 10:119. Disponible em: <http://www.hqlo.com/content/10/1/119>
- Viñoles J, Argente P. Pautas de actuación ante situaciones postoperatorias domiciliarias en Cirugía Ambulatoria. En: Ponencias 10.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA). Oviedo, 16-18 Noviembre 2011, p. 88-90.
- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for post discharge problems in patients discharged from hospital to home. [Review]. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2006. [acceso 2 nov 2012]; 18(4). Disponible em: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Seifert PC. Measuring ambulatory care quality. AORN J 2008;88(3): 351-3. CIR MAY AMB 2013; 18 (3): 105-112 2013. Vol 18, N.º 3 Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria 109
- Viñoles Pérez J. Control de calidad postoperatoria en cirugía ambulatoria. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología. 2007. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia; 2008.
- Jakobsson J. Ambulatory anaesthesia: There is room for further improvements of safety and quality of care-is the way forward further simple but evidence-based risk scores? Curr Opin Anaesthesiol 2010;23:679-81.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 9 MC). 8ª Edición. Enero 2012. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica. Título original de la obra: The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification. 1978, Commission on Professional and Hospital Activities, Ann Arbor, Michigan 48705. Los derechos de la versión original han sido renunciados a partir del 31 de diciembre de 1981.
- Flanagan J. Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. AORN J. [Internet]. 2009. [acceso 18 nov 2012]; 90(1):41-51. Disponible em: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2809%2900259-2>
- Viñoles J, Ibañez MV, Ayala G. Predicting recovery at home after Ambulatory Surgery. BMC Health Services Research 2011, 11:269. Doi:10.1186/1472-6963-11-269.
- White PF. Multimodal analgesia: Its role in preventing postoperative pain. Curr Opin Investig Drugs 2008;9(1):76-82.
- Schug SA, Chong C. Pain management after ambulatory surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2009;22(6):738-43.
- Elvir-Lazo OL, White PF. Postoperative pain management after ambulatory surgery: role of multimodal analgesia. Anesthesiol Clin 2010;28(2):217-24.
- Nodal MJ, Viñoles J, Montón E, Argente P, Traver V. Validation of an m-Health solution for the follow-Up of post-operative patients of ambulatory surgery. EChallenges e-2010 Conference proceedings. Paul Cunningham and Miriam Cunningham (Eds). IIMC International Information Management Corporation, 2010.



Jakobsson J. Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(6):601-4.

Argente P, Viñoles J. Resultados preliminares de un estudio multicéntrico de control domiciliario. Sistema de autoevaluación postoperatoria en cirugía ambulatoria. En: Ponencias 10º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA). Oviedo, 16-18 Noviembre 2011. 90-91.

Inman DM, Maxson PM, Johnson KM, Myers RP, Holland DE. The impact of follow-up educational telephone calls on patients after radical prostatectomy: Finding value in low-margin activities. *Urol Nurs*. [Internet]. 2011. [acceso 10 dez 2012]; 31(2):83-91. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/746332>